

## Aufnahmebogen für neue Patienten

Liebe Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich wohl bei uns fühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Patientenakte anzulegen. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich gern an unser Praxisteam. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht; dies gilt auch für diesen Fragebogen.

### Ihre Personalien

Name .....

Vorname .....

geboren am .....

Anschrift .....

.....

Familienstand .....

Beruf / Tätigkeit .....

Festnetz .....

Handynummer .....

E-Mail-Adresse .....

### Ihre Gesundheitsvorgeschichte

**Welcher Hausarzt hat Sie bisher behandelt?**

**Regelmäßige Medikamente?**      nein              ja

Welche / Dosierung?

### **Körperfunktionen**

Körpergröße                      cm

Körpergewicht                kg

Raucher                                nein                ja                gelegentlich

Trinken Sie Alkohol                nein                ja                gelegentlich

Gewicht in d. letzten  
6 Monate stabil?                nein                ja

Haben Sie Wasser in den Beinen    nein                ja

Nächtlicher Harndrang                nein                ja

**Schwerbehinderung**                nein                ja

GdB

welche

### **Aktuelle Beschwerden**

Bestehen derzeit Beschwerden    nein                ja

Welche?

### **Eigene Vorerkrankungen**

Allergien / welche                      nein                ja

Herz / Kreislauf / Blutdruck        nein                ja

Augen                                      nein                ja

Ohren                                        nein                ja

Lunge	nein	ja
Magen / Darm	nein	ja
Leber- und Gallenerkrankung	nein	ja
Stoffwechsel (z.B. Zucker, Schilddrüse)	nein	ja
Nierenerkrankung	nein	ja
Blasenerkrankungen	nein	ja
Nervenerkrankung	nein	ja
Gemütskrankungen	nein	ja
Anfallsleiden (Epilepsie)	nein	ja
Bluterkrankung	nein	ja
Haut	nein	ja
Bewegungsapparat/Wirbelsäule	nein	ja
Schwere Infektionskrankheiten	nein	ja
Covid-19 erkrankt	nein	ja
Sind Sie gegen Covid geimpft	nein	ja
Sonstige Erkrankungen	nein	ja
Heilverfahren / Kuren	nein	ja
Besteht ständige ärztliche Behandlung?	nein	ja
Warum		
<b>Operationen &amp; Unfälle</b>	nein	ja
welche		
wann		

<b>Berufskrankheit_</b>	nein	ja
welche		

<b>Gesetzlicher Betreuer</b>	nein	ja
wer		

<b>Patienten-Verfügung</b>	nein	ja
----------------------------	------	----

### **Bei Frauen**

Besteht eine Schwangerschaft	nein	ja
Woche		

Stillen Sie zur Zeit	nein	ja
----------------------	------	----

### **Eigene damalige Kinderkrankheiten**

Windpocken	nein	ja
Masern	nein	ja
Mumps	nein	ja
Keuchhusten	nein	ja
Röteln	nein	ja

### **Gesundheitsvorgeschichte der Familie**

#### **Erkrankungen Ihrer nächsten Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder)**

Zuckerkrankheit	nein	ja
Krebserkrankungen	nein	ja
Herzerkrankungen	nein	ja
Tuberkulose	nein	ja
Psychische Erkrankungen	nein	ja
Allergien	nein	ja

Sonstiges

**Bitte reichen Sie uns auch Ihren Impfausweis ein (ggfs. als Kopie)**

Die gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ich habe die **Patienteninformation zum Datenschutz erhalten** und **gelesen**.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Patienten /  
ggf. des gesetzlichen Vertreters

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**  
**Ihr Praxisteam**

## **Patienteninformation – Einwilligungserklärung in die Datenweitergabe und Dateneinholung**

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir müssen im Rahmen Ihrer Behandlung personenbezogene Daten, wie z. B. Ihr Alter, Krankenkasse, Diagnose usw. unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen erheben und verarbeiten.

Diese Daten müssen wir ggf. an weitere Ärzte, Krankenhäuser, Labore und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung übermitteln.

Um Ihre Daten zu übermitteln oder auch einzuholen, benötigen wir Ihre Einwilligung. Bitte beachten Sie, dass ohne diese Einwilligung eine sinnvolle Behandlung und Information der anderen Ärzte und sonstigen Leistungserbringern in der Regel nicht möglich ist. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht.

**Wollen Sie uns die Einwilligung nicht erteilen, müssen Sie Ihre Daten selbst an die Leistungserbringer übermitteln oder von diesen einholen.**

**Daher bitten wir Sie auch in Ihrem eigenen Interesse um folgende Einwilligung, die Sie bitte vor Unterzeichnung sorgfältig lesen:**

Hiermit willige ich,

Name

geboren am

Adresse

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung in der Praxis Dr. med. N. Haasler, Hausarztpraxis Gosen-Neu Zittau,

- ☐ zum Zwecke der weiteren Behandlung
- ☐ sonstigen ärztlichen Versorgung
- ☐ lückenlosen Dokumentation

in dem erforderlichen Umfang an

- ☐ die/den weiterbehandelnde(n) Ärztin/Arzt (Name/Anschrift)
- ☐ das Krankenhaus/MVZ
- ☐ das Labor
- ☐ ...

*(Hier ggf. andere Leistungserbringer wie z. B. Pflegedienst, Pflegeeinrichtung, Therapeuten aufführen)*

- ☐ **weitergegeben** werden dürfen.
- ☐ von diesen über meine Behandlung dort im erforderlichen Umfang **eingeholt** werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Patienten/  
des gesetzlichen Vertreters

**Patienteninformation – Einwilligungserklärung  
in die Übermittlung von Rezepten und Verordnungen**

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir dürfen Rezepte, Verordnungen und Ähnliches nur an Sie persönlich herausgeben. Wenn Sie möchten, dass wir diese auch an Dritte (z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen) herausgeben, benötigen wird dazu Ihre schriftliche Einwilligung.

Die Person, die für Sie z. B. ein Rezept oder eine Verordnung entgegennimmt, muss sich entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente ein Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild möglich ist.

Daher bitten wir Sie auch in Ihrem eigenen Interesse um folgende Einwilligung, die Sie bitte vor Unterzeichnung sorgfältig lesen:

Hiermit willige ich,

Name

geboren am

Adresse

ein, dass im Rahmen meiner Behandlung bei Praxis Dr. med. N. Haasler,  
Hausarztpraxis Gosen-Neu Zittau,

- ☐ Rezepte
- ☐ Überweisungen
- ☐ Verordnungen
- ☐ Medikationspläne
- ☐ Verordnungen
- ☐ .....
- ☐ .....

an

☐ Angehörige

.....

.....

☐ Mitarbeitende des Pflegedienstes, Seniorenheims etc.

.....

.....

☐ Apotheke

.....

.....

☐ weitere Personen

.....

☐ übermittelt bzw. übersendet werden dürfen.

☐ von diesen abgeholt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten /  
des gesetzlichen Vertreters

## **Patienteninformation – Einwilligungserklärung in Terminerinnerungen**

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bieten Terminerinnerungen per E-Mail über den Anbieter Arzt-Direkt an. Wenn Sie an Termine in unserer Praxis erinnert werden möchten, unterschreiben Sie bitte diese Einwilligungserklärung.

Hiermit willige ich,

Name

geboren am

Adresse

ein, dass die Praxis Dr. med. N. Haasler, Hausarztpraxis Gosen, mich per E-Mail und Telefon an Termine erinnern darf.

Telefon .....

E-Mail .....

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Patienten /  
ggf. des gesetzlichen Vertreters

## **Patienteninformation zum Datenschutz**

Liebe Patientin, lieber Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns in unserer Praxis besonders wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir in unserer Praxis Daten erheben, speichern oder weiterleiten. In dieser Patienteninformation finden Sie aber auch Ihre Rechte hinsichtlich des Datenschutzes in unserer Praxis.

### **Datenverantwortlicher**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Dr. med. N. Haasler, Hausarztpraxis Gosen

Adresse Eichwalder Straße 98, 15537 Gosen-Neu Zittau

E-Mail: [post@hausarzt-gosen.de](mailto:post@hausarzt-gosen.de)

Telefon: 03362 - 8871091

Der zuständige Datenschutzbeauftragte in der Praxis ist:

Name: Dr. med. N. Haasler

Anschrift: wie vor

Kontakt Daten: wie vor

### **Datenverarbeitungszweck**

In unserer Praxis erfolgt die Datenverarbeitung aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen. Nur so können wir den zwischen Ihnen und uns bestehenden Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten erfüllen. Wir erheben Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen z. B. auch

- Anamnesen
- Diagnosen
- Therapieempfehlungen
- Befunde.

Aber auch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, erheben Daten. Diese Daten können uns ggf. zur Verfügung gestellt werden. Dies erfolgt in der Regel durch Arztbriefe. Für Ihre Behandlung ist die Erhebung von Gesundheitsdaten notwendig. Werden die notwendigen Daten nicht erhoben und weitergeleitet, können wir Sie ggf. nicht sorgfältig behandeln. Selbstverständlich unterliegen Ihre Daten der Geheimhaltungspflicht und werden daher vertraulich behandelt. Die ärztliche Schweigepflicht gilt im Übrigen nicht nur für die behandelnden Ärzte, sondern für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis.

### **Datenempfänger**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können z. B. sein:

- andere Ärzte
- Psychotherapeuten
- Kassenärztliche Vereinigung
- Krankenkassen
- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung
- Ärztekammer
- Pflegedienste
- Pflegeeinrichtungen
- privatärztliche Verrechnungsstellen.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zu folgenden Zwecken:

- Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen
- zur Klärung von medizinischen Fragen
- Fragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis.

**Nur im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.**

## **Datenspeicherung**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir derzeit dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Aus anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z. B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen gemäß § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## **Ihre Rechte**

Nach den gesetzlichen Bestimmungen haben Sie folgende Datenschutzrechte:

- **Recht auf Auskunft**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten.

- **Recht auf Berichtigung**

Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten und die Vervollständigung unvollständiger Daten, z. B. durch eine ergänzende Erklärung, verlangen.

- **Recht auf Löschung**

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten zu.

- **Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung**

Unter gewissen Voraussetzungen haben Sie auch das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Wir dürfen dann Ihre Daten speichern, aber nur noch mit Ihrer Einwilligung oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person oder aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses der Union oder eines Mitgliedstaats verarbeiten.

- **Recht auf Datenübertragung**

Auch können Sie Ihr Recht auf Datenübertragung in Anspruch nehmen.

Sie können also Ihre Daten von unserer Praxis an eine andere Stelle übertragen lassen, wenn Sie z. B. umziehen und sich von einem anderen Arzt behandeln lassen wollen.

- **Recht auf Widerruf**

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen, z. B. bei der Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis, so z. B. bei der Beauftragung einer privatärztlichen Verrechnungsstelle. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

- **Recht auf Beschwerde**

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Verantwortlicher gem. Art. 4 Nr. 7 DSGVO für den Datenschutz ist die  
Landesärztekammer Brandenburg  
c/o Datenschutzbeauftragter, Geschäftsstelle Cottbus  
PF 10 14 45  
03014 Cottbus  
E-Mail: [datenschutzbeauftragter@laekb.de](mailto:datenschutzbeauftragter@laekb.de)

**Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.**

**Ihre Praxis**